

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

N°

348

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

PAR

Michel BENOIST-GIRONIÈRE

Né le 11 Janvier 1905, à Guéméné-Penfao (Loire-Inférieure)

Ex-Interne des Hôpitaux de Nantes

Ex-Préparateur de Bactériologie et d'Hygiène à l'Ecole de Médecine

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE de l'OPÉRATION CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE

Avantages - Indications - Résultats opératoires

Président de Thèse : M. le Professeur JEANNIN

LES PRESSES MODERNES
45, RUE DE MAUBEUGE
PARIS

1930

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OPÉRATION
CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1930

PAR

Michel BENOIST-GIRONIÈRE

Né le 11 Janvier 1905, à Guéméné-Penfao (Loire-Inférieure)

Ex-Interne des Hôpitaux de Nantes

Ex-Préparateur de Bactériologie et d'Hygiène à l'Ecole de Médecine

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE de l'OPÉRATION CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE

Avantages - Indications - Résultats opératoires

Président de Thèse : M. le Professeur JEANNIN

LES PRESSES MODERNES
45, RUE DE MAUBEUGE
PARIS

1930



La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon affection et de
la reconnaissance que je leur dois.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur JEANNIN

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A Monsieur le Professeur GROSSE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,

Ancien Chef de Clinique d'Accouchements à la Faculté de médecine
de Paris,

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Médecine de Nantes,

*qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse, et nous guider de ses
précieux renseignements. Hommage de
ma reconnaissance et de mon respectueux
attachement.*

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE NANTES

STAGE

M. le Docteur GUILBAUD (in mémoriam),
M. le Docteur M. BUREAU ;

EXTERNAT

M. le Docteur CASTAGNARY,
M. le Docteur JOUON ;

INTERNAT

MM. les Docteurs : JAN KERGUISTEL, DURBIN, MÉRINE,
POUZIN-MALEGUES, BRELET, GROSSE, LEROUX, MI-
RALLIÉ, URBAIN MONNIER, TEXIER, LEVESQUE, VIEL,
LÉON SOURDILLE,

*dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.*

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	{ NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
Clinique chirurgicale	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	{ TERRIEN.
Clinique urologique	{ LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
BINET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Otho-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER Fernand.	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	
DEBRE	
DUVOIR	
FIESSINGER	
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique chirurgicale.
LERI	
AUVRAY	
BASSET	

MM.	
CHEVASSU	Clinique chirurgicale. (Suite)
HEITZ-BOYER	
MATHIEU	
MOCQUOT	
PROUST	
SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLE	

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Stomatologie.
Education physique.
Radiologie clinique.
Puériculture.

INTRODUCTION

La thérapeutique obstétricale en matière de dystocie s'est beaucoup modifiée depuis quarante ans. Elle tend de plus en plus à substituer aux anciennes méthodes obstétricales, des procédés chirurgicaux.

Pour apprécier l'évolution qui s'est ainsi opérée et qui continue chaque jour, il faut remonter à l'époque antérieure, à l'antisepsie et à l'asepsie, et comparer les méthodes d'alors et celles d'aujourd'hui. Quelle règle générale semble en effet avoir été suivie autrefois, sinon celle d'extraire toujours et coûte que coûte l'enfant au travers du bassin, par des interventions purement obstétricales (forceps, version, craniotomies) ?

Cette nécessité de toujours procéder à l'extraction de l'enfant par la voie naturelle et sans agrandissement du bassin, si elle était la source de grosses difficultés que nous évitons aujourd'hui en tournant l'obstacle et en agissant par voie abdominale, a eu du moins le double mérite de faire approfondir l'étude du mécanisme de l'accouchement et de la dystocie. Citons en particulier les noms de Farabeuf et Varnier, Pinard et Varnier, Brindeau, Demélin, pour l'anatomie de l'utérus et du bassin ; ceux de Budin, Ribemont-Dessaigues pour le fœtus ; ceux de Farabeuf et Varnier, Pinard et Varnier, sur le mécanisme de l'accouchement.

Mais nous laisserons de côté, systématiquement, toute étude anatomique et toute physiologie normale de l'accouchement. Nous tracerons une rapide esquisse des cas de dystocie osseuse utérine et para-utérine, causes de la chirurgie obstétricale, pour nous arrêter à l'intervention sanglante, faite sur le segment inférieur de l'utérus, dans l'accouchement par voie abdominale, intervention qui, par ses

avantages, ses indications propres et ses résultats heureux, est appelée à se vulgariser de plus en plus.

La dystocie osseuse semble la plus fréquente et la plus redoutable des dystocies : c'est sur elle qu'ont convergé les plus grands efforts des accoucheurs ; citons, pour l'étude des diverses catégories des bassins viciés et des modes d'engagement et d'expulsion des parties fœtales, les travaux de Tarnier, Bonnaire, Pinard, Farabeuf et Varnier. Nous signalerons au passage, parce qu'un grand nombre de nos observations s'y rapportent, les études approfondies faites par Pinard sur les bassins rachitiques, avec les deux grandes variétés de bassin annelé où l'obstacle est limité au détroit supérieur et de bassin canaliculé où l'excavation pelvienne est transformée en un étroit défilé osseux.

La dystocie des parties molles, plus rare que la dystocie osseuse, doit être signalée car là encore nous y retrouvons des indications de chirurgie obstétricale, qu'il s'agisse de la rétroversion irréductible d'un utérus gravide, de la présence d'un kyste de l'ovaire limitant la lumière du détroit supérieur, d'un fibrome gênant l'harmonie des contractions utérines ou créant un obstacle insurmontable au passage de la tête, d'un placenta prævia, tous justiciables d'une intervention abdominale.

La conduite des accoucheurs modernes ne fait que confirmer cette opinion : l'accouchement provoqué dans les bassins rétrécis est presque unanimement délaissé ; le forceps au détroit supérieur, la version hasardée dans un bassin vicié, ne sont plus guère employés que comme un pis aller dans quelques cas de nécessité où la vitalité du fœtus est fortement compromise et toute intervention chirurgicale contre indiquée. La Basiotripsie et l'embryotomie sur l'enfant vivant ont heureusement disparu.

Dans les cas de dystocie on a d'abord substitué aux interventions purement obstétricales la symphyséotomie. Celle-ci donna en son temps d'excellents résultats. Généralement par l'agrandissement qu'elle apportait dans le diamètre antéro postérieur du bassin, elle permettait l'extraction de l'enfant vivant. Mais elle n'était pas sans présenter quelques inconvénients. On ne pouvait intervenir qu'au cours du travail, à la dilatation complète ou au moins sur un orifice dilatable. Cette attente n'était pas sans danger pour la mère que la prolongation du travail, la rupture prématurée des membranes, exposait à l'infection, et pour l'enfant qui pouvait souffrir ou succomber. Dans quelques cas, rares en réalité, on pouvait observer des complications lointaines fâcheuses, sinon pénibles, telles l'incontinence des urines, les troubles de la marche... Aussi la symphyséotomie n'est plus guère employée dans sa forme ancienne ou modifiée (symphyséotomie sous-cutané à la Zarate, pubiotomie latérale) que comme une opération d'urgence dans les cas où l'opération césarienne est contre-indiquée ou n'est plus praticable.

Si de la dystocie osseuse nous passons aux cas de dystocie des parties molles et de la dystocie ovulaire ou fœtale (fibromes, kystes, insertion basse du placenta, décollement placentaire, présentation irréductible de l'épaule) nous constatons que si les méthodes obstétricales conservent leurs indications dans un certain nombre de cas, l'intervention chirurgicale devient de plus en plus fréquente. Celle-ci, par ses heureux résultats pour la mère et l'enfant, montre que la voie abdominale est la bonne, quand l'intervention est entreprise dans des conditions convenables.

*
**

Jusqu'à ces dernières années, l'opération césarienne classique, portant sur le corps utérin était la seule employée et nous n'insisterons pas sur sa technique bien connue.

Certains accoucheurs étrangers (Franck, Latzko, Døederleim, Selheim...) ont alors inauguré une méthode nouvelle qui consistait essentiellement à faire porter l'incision de l'utérus, non plus sur le corps, mais sur le segment inférieur, au-dessous de l'anneau de contraction, dans la région sus-pubienne de l'abdomen, d'où le nom de césarienne basse ou supra symphysaire.

Après de nombreuses variations individuelles au début (césarienne extrapéritonéale, sous-péritonéale, transpéritonéale, incision médiane, latérale de l'abdomen...) qui ont été exposées à l'époque, dans une excellente revue du professeur Jeannin (l'Obstétrique 1909, page 545), la technique opératoire s'est peu à peu simplifiée, pour aboutir à une intervention de chirurgie obstétricale bien réglée, exécutée à peu de chose près de la même façon par tous les opérateurs. C'est l'opération transpéritonéale supra-symphysaire telle que nous allons maintenant la décrire dans ses grandes lignes.

OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE supra-symphysaire

Après anesthésie générale ou rachi-anesthésie (nous reviendrons sur celle-ci) la femme est placée en position déclive et l'abdomen ouvert par une incision sous-ombilicale.

On place alors une valve de Doyen qui refoule la vessie derrière le pubis. Le champ opératoire étant bien protégé et isolé par des compresses, on incise transversalement le péritoine utérin au niveau du cul de sac péritonéo-vésical. On décolle et on refoule

par en bas le péritoine et la vessie comme dans le temps comparable d'une hystérectomie. De la même façon, on décolle de l'utérus et on refoule par en haut le feuillet péritonéal supérieur jusqu'à la limite de la zone décollable du péritoine. Le segment inférieur étant ainsi largement découvert on procède à son incision qui sera faite verticalement et bien sur la ligne médiane, afin d'éviter les plexus veineux latéraux dont les vaisseaux s'étendent assez loin sur les parties latérales et dont la blessure provoquerait une abondante hémorragie qui inonderait le champ opératoire et ne serait pas sans danger pour la femme. Il est en général facile alors d'extraire la tête au travers de l'incision, soit par énucléation, aidée ou non, par l'introduction d'un doigt dans la bouche de l'enfant ou par glissement de la main en arrière de la tête, soit par application de forceps. L'aide peut faciliter l'extraction en faisant de l'expression sur les parois latérales de l'abdomen. L'application du forceps est rarement nécessaire. On peut cependant être obligé d'y recourir dans certains cas : par exemple quand la tête est fortement bloquée au détroit supérieur et a tendance à l'engagement dans certaines présentations de la face.

Lorsque l'enfant se présente par le siège, il est toujours aisé d'aller saisir un pied pour l'extraire.

Dans la présentation de l'épaule on peut ou ramener la tête en face de l'incision utérine ou extraire l'enfant par un pied.

On procède ensuite à la délivrance artificielle. Après avoir vérifié la cavité utérine et l'intégrité de la délivrance, nous suturons le segment inférieur. La suture est faite en deux plans : points séparés au cat-gut et surjet superficiel enfouissant la première ligne de suture musculaire.

Ceci fait, il ne reste plus qu'à péritoniser en fixant par quelques points au catgut fin le lambeau péritonéal supérieur, attiré en bas au devant de la suture musculaire et, pardessus celui-ci, le lambeau péritonéal inférieur attiré en haut, de façon à recouvrir la

suture utérine d'un double feuillet péritonéal, réalisant ainsi la péritonisation dite en revers de paletot ou de redingote. Parfois le segment inférieur est court et épais et son incision serait insuffisante pour laisser passer la tête fœtale. L'on se trouve alors dans l'obligation d'agrandir légèrement l'incision vers le corps. La suture musculaire sera semblable et la péritonisation identique.

Réfection de la paroi comme dans une laparatomie classique.

AVANTAGES & INCONVÉNIENTS de la césarienne supra-symphysaire

Cette technique apparemment simple de la césarienne supra symphysaire n'a pas été sans soulever de sérieuses objections qui l'ont opposée à la césarienne corporéale. Il ne doit pas y avoir opposition entre les deux procédés mais bien un choix judicieux basé sur les avantages et les inconvénients qu'ils présentent.

INCONVÉNIENTS

D'une façon générale l'opération césarienne supra symphysaire est plus difficile à exécuter que l'hystérotomie haute en raison de sa technique plus chirurgicale et de certaines difficultés inhérentes à l'opération : l'hémorragie, à la fois danger pour la parturiente et gêne pour le chirurgien, l'envahissement du champ opératoire par le liquide amniotique, l'extraction moins aisée de l'enfant et de la délivrance, les anomalies vésicales et, assez souvent, l'insuffisance de l'évacuation ou la distension de la vessie, qui

reste flasque et peu déborder sur une grande étendue du segment inférieur.

Hémorragie et Rachi anesthésie. — Le danger de l'hémorragie pour la femme et la difficulté provoquée par l'envahissement du champ opératoire par le sang a été tournée grâce à la rachi anesthésie dont le professeur Brindeau a montré la valeur. La rachi anesthésie a l'énorme avantage en provoquant la contraction utérine de modérer et même de supprimer l'écoulement sanguin au cours de l'opération, mettant ainsi à l'abri de l'hémorragie et facilitant la manœuvre opératoire. Dans plusieurs cas que nous citerons la rétraction utérine et l'hémostase ont été telles que l'opération a eu lieu littéralement à blanc. La rachi anesthésie sera mise à contribution et se montrera particulièrement précieuse en raison de son rôle hémostatique, dans les opérations césariennes basses faites pour placenta prævia.

En raison de ces avantages, le professeur Grosse a employé systématiquement la rachi anesthésie toutes les fois où une raison particulière (pusillanimité et nervosité de la femme, refus de la R. A., échec de la R. A.) ne l'obligeait pas à l'abandonner pour l'anesthésie générale. La R. A. n'est pas en effet toujours facile à pratiquer chez la parturiente en raison de la lordose physiologique de la femme enceinte à la fin de la grossesse, surtout chez celles qui présentent de l'antéversion utérine, avec un ventre en besace, et qui doivent cambrer fortement les reins en arrière pour conserver leur équilibre.

Chez les rachitiques qui fournissent la plus grande proportion des opérations césariennes en raison de la viciation de leur bassin, l'ensellure lombaire est encore exagérée, parfois combinée à un certain degré de scoliose qui rend plus difficile la pénétration de

l'aiguille. Dans certains cas la claudication avec déformation du bassin, la lordose lombaire peut s'accompagner d'une véritable torsion des vertèbres, pouvant faire échouer la ponction lombaire. Généralement pourtant celle-ci réussit et l'anesthésie est excellente.

Malgré ce résultat heureux de la rachi anesthésie et aussi parce que celle-ci ne peut être employée dans tous les cas, nous devons signaler les accidents possibles dus à l'hémorragie au cours de la césarienne supra symphysaire.

Deux cas sont à envisager : ou bien (et c'est le plus redoutable) l'hémorragie vient de l'insertion placentaire ou bien elle provient de la tranche de section utérine.

Dans le premier cas l'hémostase est plus difficile à réaliser que dans la césarienne haute parce que le massage utérin est moins efficace, les pédicules utérins moins accessibles et moins faciles à comprimer que dans l'utérus extériorisé. Mais il faut remarquer que le plus souvent l'hémorragie de la zone placentaire cesse après la suture du segment inférieur, l'utérus retrouvant alors spontanément sa contractilité. Il importe donc de ne pas perdre son temps à éponger le sang qui s'écoule mais d'exécuter rapidement cette suture.

Il est d'ailleurs facile d'empaumer l'utérus et d'en pratiquer l'expression.

Au besoin, en cas d'hémorragie réellement menaçante il reste toujours la possibilité d'extérioriser l'utérus pour en comprimer le segment inférieur et les pédicules : dans ce cas il faudrait prendre soin de bien isoler son champ opératoire et particulièrement les organes de la grande cavité afin de conserver autant que possible l'avantage de l'opération césarienne basse.

Dans le cas d'hémorragie vraiment incoercible, ce qui ne se produit guère que lorsque le muscle utérin est altéré (fibrome, état

fibromateux, sclérose) l'hystérectomie constitue une dernière et efficace ressource.

L'hémorragie provenant de la tranche de section utérine n'offre pas en général de difficultés. L'hémostase est facile à réaliser par la simple suture du segment inférieur, et, au besoin par la ligature séparée de quelques vaisseaux plus volumineux. Ce n'est guère que dans le cas où l'incision utérine a été, par erreur ou par suite de dispositions anatomiques particulières, trop rapprochée des plexus latéraux, que l'hémostase peut être inefficace au point de nécessiter l'hystérectomie.

Hémorragie sous-péritonéale et infection. — Un suintement sanguin au niveau du segment inférieur, après l'opération, peut amener la formation d'un hématome sous-péritonéal qui peut lui-même devenir l'origine de complications septiques. Cette complication est du reste bien rare et nous ne la relevons dans aucune de nos observations. Un opérateur prudent pourra en général l'éviter en veillant avec soin à l'hémostase au cours de l'intervention, pinçant et liant tout ce qui saignera d'important à la surface de l'utérus avant de faire la péritonisation, et, au cours de celle-ci, en évitant soigneusement de piquer avec l'aiguille le muscle utérin, particulièrement au voisinage des plexus, sur les faces latérales.

Difficulté de l'examen et du contrôle de l'utérus. — Un autre inconvénient de l'opération césarienne supra symphysaire est la difficulté de l'examen *in situ* de l'utérus et des organes péri utérins.

On peut laisser passer sans la voir une tumeur juxta utérine et surtout rétro utérine dont on ne soupçonne pas l'existence, telle que

fibrome de la face postérieure, kyste de l'ovaire. Cet argument n'est pas sans valeur mais l'examen de l'utérus au cours de l'opération, sa situation, son volume, son aspect, suffisent en général pour renseigner. Il est d'ailleurs toujours possible, si on le juge utile, de basculer l'utérus en avant et de passer en revue des yeux et de la main les organes génitaux internes et le petit bassin.

Débordement de la vessie. — La vessie ne sera pas un obstacle insurmontable si, ayant pris soin avant l'intervention de sonder la parturiente, l'on place correctement la valve de Doyen, immédiatement après l'ouverture de la paroi.

AVANTAGES DE L'O. C. BASSE

Toutes ces difficultés sont faciles à surmonter et elles apparaîtront bien négligeables si l'on établit en face d'elles les avantages de la césarienne basse, quant à suture de l'utérus et de la paroi abdominale, de la protection du péritoine contre l'infection, et de la bénignité des suites opératoires.

Bonnes sutures. — Là où se fait l'incision de la paroi abdominale dans la césarienne supra-symphysaire, c'est-à-dire dans la région sous-ombilicale, nous trouvons des muscles grands droits, épais, plus rapprochés que dans la région sus-ombilicale, enveloppés et reliés par des aponévroses résistantes.

L'incision est courte, plus courte que dans la césarienne haute.

Nous nous mettons donc par ce procédé de la césarienne basse dans les meilleures conditions pour obtenir une bonne cicatrice et une bonne paroi qui nous mettra à l'abri de l'éventration.

La suture de l'utérus faite sur le segment inférieur offre également de gros avantages sur la suture du corps. Sans doute nous n'avons pas sur le segment inférieur les plans épais d'affrontement de la section du corps utérin, mais, au moins, la suture a l'avantage de porter sur une zone non soumise aux contractions musculaires : d'où moindre tiraillement des points de suture, moindre chance d'hémorragie intersticielle et de suintement sous-péritonéal.

Du reste la cicatrice est parfaite : au cours de plusieurs césariennes basses itératives, pratiquées par M. le professeur Grosse, il nous fut permis de constater de visu qu'aucune trace apparente de ou des interventions antérieures ne subsistait. Le segment inférieur avait gardé son aspect normal et le péritoine sa mobilité, sans adhérences avec le muscle sous jacent. Une seule fois, chez une femme, césarotomisée pour la quatrième fois et qui avait subi une césarienne haute et deux supra symphysaires, nous avons trouvé des adhérences utéro pariétales au niveau du segment inférieur. Il est à noter qu'aux deux césariennes basses itératives précédentes, il n'y avait pas d'adhérences péritonéales au niveau du segment inférieur et que l'opération itérative avait été exécutée dans les mêmes conditions que sur un sujet jusque-là non opéré.

Bonne péritonisation, barrière contre l'infection. — Cette absence de réaction péritonéale s'explique parfaitement quand on songe à cette barrière infranchissable que crée la péritonisation en redingote contre l'infection utérine : plusieurs observations viendront prouver ce résultat, particulièrement les observations : I, IX, IV.

Pour la première observation il s'agissait d'une femme amenée à la maternité trois jours après la rupture des membranes et le début du travail. Température à 38°3 à son arrivée : aucune réaction

péritonéale n'a été observée après l'opération ; les suites opératoires ont été normales de ce côté malgré une phlébite survenue au dix-septième jour.

Das le cas cité à l'observation IX, il s'agissait d'une femme qui fut opérée en pleine septicémie et fit dans ses suites de couches une parotidite double sans rien présenter d'anormal du côté de l'abdomen.

Mais l'observation IV semble la plus typique : femme opérée alors qu'elle présentait une infection intestinale d'allure typhique : Température à 38°. Dans les jours qui suivent l'intervention, la femme qui a une diarrhée opiniâtre infecte ses voies génitales, si bien qu'elle expulse au milieu de lochies abondantes et fétides des débris de catgut provenant de la suture utérine. Il y eut néanmoins des suites opératoires très satisfaisantes du côté abdominal sans la moindre réaction péritonéale : au cours d'une césarienne itérative ultérieure on a pu vérifier l'intégrité anatomique du segment inférieur et du péritoine. Grosse, Société d'obstétrique et de gynécologie 1928-555.)

Nous pouvons donc dire que l'opération césarienne basse donne au point de vue infection une sécurité et une protection bien supérieure à l'opération césarienne haute corporéale.

Absence de choc opératoire. — Mais nous ne devons pas omettre un autre avantage que nous avons pu constater chez nos opérées : l'absence de choc opératoire. Ceci nous a de suite et constamment frappé.

Généralement une femme opérée de césarienne haute est aussi choquée qu'après une ovariectomie ou une hystérectomie pour fibrome. Rien de semblable après l'opération césarienne basse. Dès le lendemain l'état général est excellent, le ventre est souple, non douloureux, sans ballonnement ; on n'observe pas non plus cette

atonie intestinale si fréquente chez l'opérée du ventre. L'état est comparable à celui d'une femme accouchée par les voies naturelles et même meilleur qu'après certains accouchements dystociques. Au cours des observations que nous apportons à l'appui de notre thèse nous relevons cette absence de choc même chez quelques opérées fébriles.

Nous croyons pouvoir attribuer cette absence de choc à ce fait que l'opération est pratiquée en dehors de la grande cavité, sans extériorisation de l'utérus ni éviscération des anses intestinales que l'on ne voit même pas au cours de l'opération grâce aux champs opératoires et aux grandes compresses qui les protègent.

En résumé :

- Bonne suture de l'utérus et de la paroi ;
- Bonne péritonisation barrière contre l'infection ;
- Absence de choc opératoire.

Tels sont les grands avantages que nous devons reconnaître au procédé d'opération césarienne par voie supra symphysaire.

INDICATIONS

de la césarienne supra-symphysaire

L'opération césarienne basse présente en dehors des indications générales de toute césarienne des indications particulières :

Nous n'avons pas à insister sur les premières, ayant signalé dans notre introduction le pourquoi des interventions par voie abdominale ; dystocie osseuse, dystocies des parties molles, mais nous considérerons les indications spéciales de l'opération césarienne supra symphysaire, indications basées sur les trois grands avan-

tages qu'elle présente : bonnes sutures, bonne péritonisation barrière contre l'infection, absence de choc opératoire.

La sécurité que donne l'opération césarienne basse, quant à l'infection, a permis d'en reculer les indications au-delà des cas strictement purs exigés pour la césarienne haute. Sans doute l'hystérectomie ou à la rigueur l'opération de Portes avec extériorisation temporaire de l'utérus, reste la seule ressource des cas d'infection avérée, mais, dans certains cas suspects l'opération césarienne basse sera possible alors que la césarienne corporéale serait plus que risquée. C'est ainsi que nous l'avons vu réaliser avec succès chez des femmes en travail depuis plusieurs jours et longtemps après la rupture des membranes (70 heures dans un cas de M. le Professeur Grosse alors que plusieurs touchers suspects avaient été pratiqués et qu'il y avait un état légèrement fébrile).

L'opération césarienne basse trouve ainsi ses indications particulières dans les cas de césariennes tardives où elle permet d'éviter la mutilation de la femme.

Dans ce cas en effet la césarienne corporéale ferait courir des risques trop graves pour la femme et l'opérateur devrait se résoudre à la mutilation.

Nous nous sommes suffisamment arrêtés sur la symphyséotomie pour constater que dans ces cas également, l'opération césarienne basse lui est préférable.

Les avantages indéniables de celle-ci ont conduit naturellement à en étendre les indications non seulement aux bassins viciés et aux césariennes tardives mais encore à certains cas de pathologie obstétricale et aux placentas prævia. (Thèse de Desoubry, 1925.)

C'est ainsi que nous citerons plus loin un cas de toxémie gravidique et neuf observations de placenta prævia traités tous par l'opération césarienne basse avec d'heureux résultats.

L'insertion basse du placenta a été considérée comme une contre indication à la césarienne supra symphysaire en raison des hémorragies qui peuvent se produire, particulièrement lorsque le placenta est inséré en avant. En pareil cas il serait préférable de faire l'incision sur le corps utérin.

Il semble bien qu'il y eut là une pure vue théorique : nous apportons neuf cas d'opération césarienne basse pratiquée pour décollement du placenta inséré sur le segment inférieur avec hémorragies abondantes : cinq fois le placenta était inséré en avant et il fallut soit le décoller, soit le traverser pour pénétrer dans l'œuf.

L'inconvénient est le même quand dans la césarienne haute on tombe sur un placenta inséré en avant. Dans la césarienne basse la pénétration dans l'œuf n'offre pas plus de difficultés.

L'opération césarienne basse conserve ainsi tous ses avantages et elle nous paraît même plus indiquée dans le cas de placenta prævia que dans les cas de dystocie osseuse, car s'il existe une infection latente de l'utérus par suite du décollement partiel du placenta, celle-ci sera beaucoup moins à redouter dans la césarienne basse où la suture est protégée par un double feuillet péritonéal, que dans la césarienne haute classique où la suture est purement musculaire et se trouve en communication directe avec la grande cavité.

Nous avons indiqué précédemment l'intérêt de la R. A. dans ces cas, en raison de son rôle hémostatique.

Les résultats que nous avons observé ont du reste été excellents tant pour la mère que pour l'enfant.

Enfin nous citerons l'intérêt propre de la césarienne basse dans certains cas rares : tels la présentation de la face bloquée au détroit supérieur (observation VI), la présentation irréductible de l'épaule... cas où l'intervention a dû être pratiquée longtemps après l'ouverture de l'œuf.

Telles sont donc les indications de l'opération césarienne basse. Les avantages qu'elle présente sur l'O. C. haute font qu'à notre avis elle doit lui être préférée dans la majorité des cas. Nous disons majorité et non totalité car la césarienne haute garde des indications propres (brièveté du segment inférieur, anomalies vésicales, tumeurs, bas situées, etc...).

RÉSULTATS

L'étude comparée des résultats obtenus dans les césariennes hautes et dans les supra symphysaires, montre que celles-ci ne le cèdent en rien aux premières. Il y a d'excellents résultats par les deux procédés mais ils semblent meilleurs encore dans l'O. C. basse, surtout si l'on songe que celle-ci est souvent entreprise dans des cas fort suspects d'infection, cas qui donneraient un résultat désastreux si l'on tentait la césarienne corporéale. Du reste, Risa-cher, dans sa thèse, nous apporte d'intéressantes statistiques : il cite 393 cas d'O. C. hautes faites de 1918 à 1927 à la clinique Baudelocque et à la maternité de Port-Royal. Il observe 20 morts, soit 5,08 %. Il réunit, d'autre part, 157 cas d'O. C. basses avec 5 morts, soit 3,1 %. Faisant une classe à part des cas suspects et des cas purs, il trouve :

Cas purs

O. C. haute : mortalité 3,2 % ;

O. C. basse : mortalité 0 %.

Cas suspects

O. C. haute : mortalité 5,9 % ;

O. C. basse : mortalité 2,1 %.

La césarienne basse donnerait par conséquent une mortalité près de trois fois moindre, dans les cas suspects, que dans la césarienne haute.

La statistique, que M. le professeur Grosse a eu l'amabilité de nous communiquer, ne peut qu'améliorer encore ce résultat.

La statistique personnelle (service d'hôpital — que nous avons pu suivre au cours de notre stage — et clientèle) porte sur 55 observations :

52 observations de césarienne basse conservatrice ;

3 cas où l'opération césarienne a été suivie d'hystérectomie — une fois pour des adhérences consécutives à des opérations césariennes (1 corporéale — 2 supra-symphysaires) — deux fois pour des causes étrangères à l'opération césarienne basse (utérus fibromateux — fibrome du segment inférieur). Nous laisserons de côté ces deux derniers cas où l'hystérectomie fut faite pour des raisons absolument indépendantes de la césarienne supra-symphysaire.

Restent 53 observations : sur celles-ci, deux femmes sont mortes, mais pour des raisons étrangères à l'intervention (ictère grave — pneumonie double consécutive à des accidents d'anesthésie, à laquelle la femme a succombé alors qu'elle était chirurgicalement guérie), et il serait injuste d'en graver le passif de la césarienne basse.

Il reste donc 51 opérations de césarienne basse, sur lesquelles nous pouvons tabler pour fournir un pronostic. Elles donnent les résultats suivants :

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile : 1.

Cet enfant était né intoxiqué et débile d'une mère opérée d'urgence pour toxémie gravidique.

Bien que plusieurs de ces femmes aient été opérées longtemps après la rupture des membranes, quelques-unes en état fébrile, les

suites opératoires locales ont toujours été très satisfaisantes avec une cicatrisation parfaite de l'abdomen, sans réaction péritonéale, ni suppuration.

Six femmes seulement ont eu des suites opératoires fébriles : trois fois la cause de la fièvre était étrangère à l'opération (pneumonie, infection intestinale antérieure, paludisme) ; dans les trois autres cas, la femme avait de la fièvre (2 cas), ou était en puissance d'infection au moment de l'opération.

Deux femmes ont eu une phlébite bénigne, l'une d'elles avait été opérée 70 heures après l'ouverture de l'œuf et avec une température à 38°3.

Toutes les autres femmes ont eu des suites opératoires excellentes et rigoureusement apyrétiques.

Tous les enfants ont été sauvés, sauf dans ce cas d'intervention faite pour toxémie gravidique.

Ces excellents résultats pour la mère et l'enfant montrent mieux qu'aucun commentaire la valeur de la césarienne basse et justifient sa vulgarisation.

CONCLUSIONS

L'opération césarienne supra-symphysaire, portant sur le segment inférieur (O. C. basse), bien que d'une technique plus délicate que l'opération césarienne corporéale (O. C. haute) présente sur celle-ci un certain nombre d'avantages (en particulier, meilleure garantie contre l'infection et absence d'état de choc), qui doivent, dans la majorité des cas, la lui faire préférer.

L'emploi de la rachi-anesthésie en modérant et le plus souvent

en supprimant complètement l'hémorragie au cours de l'opération, a augmenté encore la bénignité de cette intervention et la facilité de son exécution.

Grâce à ces avantages, les indications de l'opération césarienne basse se sont beaucoup étendues et s'étendent chaque jour davantage, de préférence aux procédés obstétricaux et à la césarienne haute suivie d'hystérectomie, dans des cas de plus en plus nombreux de dystocie maternelle et fœtale.

Les résultats fournis par l'opération basse sont excellents, tant pour la mère que pour l'enfant. La mortalité maternelle et fœtale est faible, sa morbidité légère, ainsi qu'en particulier le montre notre statistique : sur 51 cas, la mortalité maternelle est nulle et tous les enfants ont été sauvés, sauf ce petit intoxiqué débile.

OBSERVATIONS

Pour la clarté de notre exposé, nous avons divisé nos observations en trois groupes :

- 1° Les O. C. basses pour bassins viciés ;
- 2° Les O. C. basses pour placenta prævia.
- 3° Les O. C. basses pour toxémie gravidique.

BASSINS VICIÉS

N° 1. — C. — Secondipare. Premier accouchement dystocique. Enfant mort pendant l'extraction.

Deuxième grossesse à terme.

Bassin généralement rétréci avec promontoire accessible.

Rupture des membranes dans la nuit du 16-17 juin 26. La ma-

lade arrive à la Maternité le 19 au soir (70 heures après le début du travail et la rupture des membranes). 60 km. d'auto. T. à 38.3. Pouls : 100.

O. C. basse. Anomalie vésicale poussant un prolongement vers l'ouraque.

Enfant vivant de 3920.

Suites opératoires normales, malgré une phlébite survenue au 17^e jour.

Guérison.

N^o 2. — G., 41 ans. II pare. — Au premier accouchement, dystocie des parties molles. Mort de l'enfant pendant l'extraction.

Deuxième grossesse au 3^e mois : femme rachitique. [Anterversion prononcée de l'utérus.] Bassin rachitique avec promontoire accessible.

O. C. basse. — Extraction de l'enfant au forceps. Enfant vivant. Suites opératoires normales.

N^o 3. — P. — I pare. Bassin rétréci. Rupture prématurée des membranes.

O. C. basse. — 2 heures et demie après le début du travail. Hémorragie de la zone placentaire, s'arrêtant par le massage et une injection d'ergotine.

Fille de 3150, vivante.

Suites opératoires normales.

N^o 4. — B. L. — II pare. Bassin rétréci rachitique. En juin 1924, première césarienne haute classique. Enfant vivant.

5 février 26. O. C. basse. Hémorragie de la zone placentaire et de la tranche de section. (Arrêt par ligatures, massage et injection d'ergotine.)

Suites opératoires fébriles : mais la femme avait été opérée alors

qu'elle présentait tous les symptômes d'une affection intestinale aiguë. Diarrhée. Infection secondaire des voies utérines. Elimination de lochies purulentes et de débris de catgut provenant de la suture. Drain de Mouchotte.

Guérison en 15 jours : aucune réaction péritonéale.

Enfant vivant de 3150.

N° 5. — C. — II pare. 30 ans.

Premier accouchement dystocique. Forceps au D. S. Enfant de 3750 succombe à une hémorragie méningée. Suites de couches fébriles.

Deuxième accouchement. Après 50 heures de travail, la femme arrive à la Maternité. Bassin généralement rétréci et aplati au D. S.

O. C. basse. Suites opératoires fébriles : ictère grave avec oligurie et fièvre.

Amélioration. Au 8^e jour, hémorragie utérine abondante qui, se renouvelant, détermine l'hystérectomie. Péritoine intact sans sérosité, sans adhérences. Suture utérine reprise. Surface intérieure utérine parfaitement nette, n'expliquant pas l'hémorragie.

Mort de la femme.

L'enfant fait un ictère grave avec fièvre et convulsions. Guérison.

N° 6. — M. — I pare. Bassin rétréci rachitique. O. C. basse classique. Pneumonie double. Aucune réaction péritonéale. Guérison.

Enfant vivant de 3000.

N° 7. — B. — 40 ans. II pare.

Premier accouchement dystocique. Plusieurs applications de forceps : enfant mort.

Deuxième accouchement, à terme. Bassin rachitique. Le promontoire et toute la partie supérieure du sacrum sont accessibles.

O. C. basse. Extraction par forceps.

Enfant vivant de 4170.
Suites opératoires normales.

N° 8. — G., 26 ans. — II pare : O. C. haute le 23 sept. 1921 pour bassin rétréci et aplati.

Deuxième grossesse à terme.

O. C. basse classique. L'enfant vivant est extrait par un pied.
Suites opératoires normales.

N° 9. — L., 20 ans. — I pare. Début du travail le 7 août 26, à 19 heures. Présentation du front en M. I. D. P.

9 août. Promontoire accessible. O. C. basse à 8 heures, soit 72 heures après l'ouverture de l'œuf, 48 heures après le début du travail. Touchers suspects antérieurs.

Suites opératoires fébriles. Septicémie. Parotidite double le 23 août.

Aucune réaction péritonéale. Guérison.

Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

N° 10. — G., 22 ans. — Arrive à la Maternité après 75 heures de travail, 27 heures après la rupture des membranes. Promontoire accessible. O. C. basse. T à 38°, 39° pendant 4 jours, puis chute de la T.

Suites très satisfaisantes. Enfant vivant de 2810.

N° 11. — L., 22 ans. — I pare. Bassin généralement rétréci, promontoire accessible.

O. C. basse 60 heures après le début du travail. Enfant vivant de 3380.

Au 11^e jour, phlébite.

Suites très satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

N° 12. — M. R., 19 ans. — I pare. Kyste de l'ovaire proëvia, maintenant la tête au-dessus du D. S.

O. C. basse. Enfant vivant de 3300.

Suites opératoires normales.

N° 13. — Ch. — Primipare en travail depuis 5 jours. Rupture des membranes depuis 36 heures. Gros enfant dont la tête est bloquée au détroit supérieur.

Césarienne supra symphysaire le 1^{er} avril 27. Garçon de 3880. Tête très ossifiée, déformée par le promontoire. Suites opératoires normales.

N° 14. — B. — Trois accouchements antérieurs dystociques. Forceps au D. S. Deux enfants morts pendant l'extraction. Quatrième grossesse à terme. O. C. basse. Fille de 3570. Suites opératoires normales.

N° 15. — M. — Primipare. Bassin rétréci, rachitique. O. C. basse. Garçon de 3000. Suites normales.

N° 16. — C. — Primipare. Bassin rachitique. Présentation de l'épaule. O. C. basse le 15 octobre 1917. Enfant vivant. Suites normales.

N° 17. — B. — Bassin rachitique. Hystérotomie haute au premier accouchement, le 1^{er} janvier 1925.

Deuxième grossesse à terme. O. C. basse le 24 mars 1927. Fille de 3550. Suites excellentes pour la mère et l'enfant.

N° 18. — L. — Bassin rachitique. Première grossesse : césarienne haute le 26 mars 1924.

Deuxième grossesse : O. C. basse le 5 février 1926.

Troisième grossesse : O. C. basse le 8 septembre 1927. Fille de 3500.

Suites opératoires normales.

N° 19. — III pare. Bassin rachitique. Premier accouchement, forceps : enfant mort, de 3600.

Deuxième accouchement : forceps, enfant vivant, de 2800.

Troisième grossesse à terme : O. C. basse le 11 janvier 1928. Garçon de 3500.

Suites opératoires normales.

N° 20. — T. — Bassin généralement rétréci. Opération césarienne basse, 60 heures après le début du travail. Garçon de 4020. Suites opératoires normales.

N° 21. — G. — II pare. Bassin rachitique. Premier accouchement en 1926. Sièges.

Deuxième accouchement : O. C. basse le 14 juin 1928. Garçon de 3800. Suites opératoires normales.

N° 22. — G. — I pare. A terme. Rachitique. O. C. basse 17 heures après la rupture des membranes, le 20 juillet 1928. Fille de 2850, à tête très ossifiée. Accès de paludisme et fièvre durant les suites de couches. Guérison.

N° 23. — G. — Rachitique. Sept accouchements antérieurs dystociques. Quatre enfants morts au cours de l'extraction ou après l'extraction par forceps.

Huitième accouchement : O. C. basse. Garçon de 4300, à tête très ossifiée. Suites normales.

N° 24. — Z. — I pare. Rachitique. O. C. basse le 16 avril 1929. Garçon de 3810. Hématome de la paroi. Guérison.

N° 25. — B. — I pare. Paralysie infantile portant sur les deux membres inférieurs. Bassin rachitique aplati. O. C. basse le 8 février 1929. Fille de 3220. Tête très ossifiée. Suites normales.

N° 26. — B. — III pare. O. C. haute le 1^{er} janvier 1925. Premier accouchement, O. C. basse (2^e césarienne), le 24 mars 1927. Deuxième accouchement, O. C. basse (3^e césarienne), le 23 février 1929. Garçon de 2770. Suites opératoires normales.

N° 27. — B. — III pare. Bassin rachitique.

Premier accouchement à terme, en mai 1925 : forceps au détroit supérieur, enfant mort.

Deuxième accouchement : O. C. basse en septembre 1926.

Troisième accouchement : O. C. basse itérative le 1^{er} mai 1929. Présentation de l'épaule. Garçon de 4800. Suites opératoires normales.

N° 28. — R. — I pare. Rachitique. O. C. basse le 29 mai 1929. Garçon de 3500. Vaginite gonorrhéique avant l'opération. Suites fébriles. Salpingite. Guérison.

N° 29. — J. — Bassin plat rachitique, canaliculé. O. C. basse le 14 juillet 1928. Garçon de 3250. Suites normales.

N° 30. — VII pare. Six accouchements antérieurs, dont plusieurs dystociques. Trois accouchements par le siège, dont un enfant mort. Au 7^e accouchement, le 30 novembre 1928, aucun engagement. O. C. basse. Fille de 4600, à tête très ossifiée. Crises d'asthme les jours suivants. Désunion partielle de la paroi au cours d'un accès. Nouvelle suture. Guérison. Sauf pendant les trois jours qui ont suivi la deuxième opération, la T n'a pas dépassé 38.

N° 31. — II pare. Bassin rachitique, généralement rétréci. Forceps au D. S. au premier accouchement : enfant mort.

Deuxième accouchement : 9 septembre 1929. O. C. basse. Fille de 3020, à tête très ossifiée. Suites opératoires normales.

N° 32. — D. B. — I pare. Bassin rachitique, annelé. Tête bloquée au D. S., O. C. basse, le 5 mars 1929. Garçon de 3190. Déformation de la tête avec empreinte du promontoire et chevauchements des pariétaux et occipital. Suites normales.

N° 33. — M. — I pare. Rachitique. Promontoire très accessible. Tête fœtale débordant le pourtour du D. S. Opération césarienne le 25 septembre 1929. Fille de 3660. Léger état de choc après l'opération. Suites normales. Guérison.

N° 34. — F. — I pare. Rachitique. Tête bloquée au D. S., débordant le détroit supérieur sur tout son contour. O. C. basse le 9 septembre 1929. Garçon de 2800. Suites normales.

N° 35. — Bassin rachitique aplati.

Premier accouchement : présentation de l'épaule. Version, enfant mort.

Deuxième accouchement : procidence du cordon, forceps, enfant mort.

Troisième accouchement : opération césarienne basse le 22 août 1928, suivie d'hystérectomie pour hémorragie opératoire et fibromatose utérine. Fille de 4 kilogrammes à tête très ossifiée, avec un diamètre bi-pariétal de 100 millimètres.

Suites opératoires : au 4^e jour, érythème polymorphe ; le 5^e jour, enanthème de la gorge avec ascension de T à 38°4, qui retombe le lendemain à la normale.

Le 12^e jour, la malade étant très bien, la plaie cicatrisée et les

fil enlevés, la T monte brusquement à 41 sans frisson. La T se maintient à 40 et 41 les jours suivants. La malade succombe le 17^e jour sans aucun syndrome viscéral, le séro D et l'hémoculture sont restés négatifs.

N° 36. — P. — I pare. Bassin coxalgique et fibrome utérin prævia. O. C. basse atypique le 23 août 1929, 13 heures après la rupture des membranes, suivie d'une hystérectomie sub-totale, la myomec-tomie du fibrome étant impossible. Fille de 2600. Suites normales.

N° 37. — P., 21 ans. — II pare. 7 janvier 1930. Bassin générale-ment rétréci. Albumine au cours de la grossesse. Rupture spon-tanée des membranes le 6 janvier. Tête bloquée au D. S. Sous R. A., O. C. basse. Petite hémorragie. Enfant vivant de 3610. Suites opératoires normales.

N° 38. — E., 22 ans. — Primipare. 12 février 1930. Bassin rachit-ique. Promontoire accessible. Travail de 48 heures. Tête au D. S. Col rigide. Sous R. A., O. C. basse. Petite hémorragie. Enfant vi-vant de 3780. Suites normales.

N° 39. — T. — II pare. Bassin rachitique. Promontoire acces-sible. (Première grossesse : forceps, enfant mort.) Sous R. A., O. C. basse. Enfant de 3170, vivant. Suites opératoires normales.

N° 40. — L. — IV pare. Trois césariennes antérieures (la 1^{re} corporale, le 26 mai 24 ; la 2^e et la 3^e supra-symphysaire : 3 février 1926, 7 septembre 1927). Adhérences épiploïques hautes correspon-dant à la première intervention. Quelques adhérences peu résis-tantes à la partie inférieure, entre l'utérus et la paroi.

Sous R. A., O. C. basse. Décollement aisé. Placenta inséré bas. Enfant vivant de 2960. En raison des O. C. antérieures, l'on pra-

tique l'hystérectomie sub-totale. Tissu cicatriciel au niveau de l'incision du corps utérin (première intervention). Suites normales.

N° 41. — G., 26 ans. — I pare. Bassin généralement rétréci. Tête bloquée au D. S. Sous R. A., O. C. basse. Enfant vivant de 3020. Suites opératoires normales.

N° 42. — M. — I pare. Bassin rétréci rachitique. Promontoire accessible. Sous R. A., O. C. basse. Pas d'hémorragie. Enfant vivant de 3060. Suites opératoires normales.

N° 43. — B., 2 février 1929. — I pare. Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible. Tête au D. S., sans aucun engagement malgré un travail de 24 heures. La R. A. se montre insuffisante et l'on doit donner quelques bouffées de Sehlreich. Enfant vivant de 3020, à tête très ossifiée. Suites opératoires normales.

N° 44. — B., 40 ans. — VI pare. Cinq premières grossesses normales. Sixième grossesse à terme. Tête bloquée au détroit supérieur, avec présentation de la face en M. I. D. T. Rupture des membranes 11 heures auparavant. Sous R. A., O. C. basse. Légère hémorragie. Enfant vivant de 4050. Suites normales

N° 45. — I pare. Bassin rétréci. Entre le 12 février 1930. Rupture des membranes longtemps avant l'arrivée à la Maternité. Tête volumineuse bloquée au D. S. Sous R. A., O. C. basse. Enfant vivant présentant une tête énorme : D. O. M. 135 — O. F. 130 — S. O. B. 106 — S. O. F. 113 — Bi. P. 105 — Bi. T. 90 — S. M. B. 105. Dans les semaines suivantes, on est frappé de l'augmentation anormale de la tête Elargissement des sutures. Hydrocéphalie.

INSERTION BASSE DU PLACENTA

N° 46. — C. — I pare. Après deux hémorragies antérieures, les 2 et 7 juin 1928, et un suintement sanguin les jours suivants, hémorragie abondante le 8 juin, au début du travail. A 21 heures, O. C. basse d'urgence. Anesthésie au Seheich après échec de la R. A. par suite de l'indocilité de la malade. Le placenta est inséré en avant. On le décolle pour pénétrer dans l'œuf. Opération classique. Mais l'anesthésie est mouvementée, la parturiente ayant fait avant l'opération et bien que commençant à souffrir un dîner copieux. Vomissements abondants. Déglutition dans la trachée. Asphyxie. Pneumonie double dans les suites de couches, à laquelle la femme succombe au 9^e jour. Du côté de l'abdomen, résultat satisfaisant. Réunion par primam sans complications. Fille de 3750. vivante.

N° 47. — R. — I pare. Première hémorragie le 12 février 1928. Deuxième hémorragie très abondante dans la nuit. Le 27 février, O. C. basse d'urgence à 20 h. 30. Dilatation de 1 franc. Garçon de 3.400. Suites normales.

N° 48. — P., de 39 ans. — I pare. Hémorragies les 2, 8, 9 décembre 1918. Dans la nuit du 9-10, hémorragie abondante. A 16 heures, le 10, O. C. basse au début du travail. La tête fœtale est dans la fosse iliaque gauche. Enfant de 5100. Suites normales.

N° 49. — P. — I pare. Hémorragies croissantes le 27 mars 1923. 3, 8 juin. Le 10 juin, tête fœtale très élevée. A 16 heures, O. C. basse. Le placenta était inséré en avant. On le décolle en partie pour pénétrer dans l'œuf. Garçon de 3600. Suites normales.

N° 50. — G. — VI pare. Cinq accouchements antérieurs avec en-

fants vivants, mais ayant nécessité trois forceps et deux délivrances artificielles. Hémorragies de plus en plus abondantes les 15 octobre, 3 à 4 décembre. Troisième hémorragie très importante dans la nuit du 4 au 5. La malade arrive à la clinique à 10 h. 30, pâle, anémiée, pouls à 100, faible. Dilatation de 2 francs, à bord peu extensible, stationnaire depuis le matin d'après la sage-femme. A midi, O. C. basse. Placenta inséré en arrière. Fille de 3.000 gr. Suites normales.

N° 51. — R., 40 ans. — II pare. En octobre, faible perte de sang : 10 jours plus tard, nouvelle perte plus abondante. Le 1^{er} décembre, hémorragie assez considérable, suivie dans la nuit d'une nouvelle hémorragie. Le placenta était inséré en avant et il fallut le décoller en partie pour pénétrer dans l'œuf. Fille de 3 kgr. Suites normales.

N° 52. — B. — VI pare. Pertes de sang de plus en plus importantes, les 1^{er} juillet, 1^{er} août, 7, 21 septembre. Hémorragie très abondante le 23. Pouls à 140. Césarienne basse au début du travail. Fille de 3460, prématurée, à la fin du 8^e mois de la grossesse. Suites opératoires fébriles. Guérison.

N° 53. — Ch., 39 ans. — VI pare. Hémorragies soudaines, abondantes les 3, 15 et 16 août dans la nuit. Hémorragie très abondante le 17 août au matin, à 5 h. $\frac{1}{2}$. Etat syncopal. Sérum intraveineux, etc. O. C. supra-symphysaire d'urgence au début du travail. Placenta inséré en avant, qu'il faut traverser pour pénétrer dans l'œuf. Enfant de 3000. Suites très satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

N° 54. — C., 24 ans. — II pare. A terme, le 3 avril 1930.

Premier accouchement : forceps.

Deuxième grossesse : petite hémorragie au 6^e mois, deuxième hé-

morragie plus abondante dans la nuit du 3 au 4, troisième hémorragie abondante dans la nuit du 5 au 6, quatrième hémorragie abondante le 11 avril, puis écoulement continu.

O. C. basse le 11 avril sous R. A. On décolle le placenta inséré en avant pour pénétrer dans l'œuf. Suites opératoires normales.

TOXÉMIE GRAVIDIQUE

N° 55. — L. — II. pare. Albuminurie pendant la première grossesse. Enfant mort pendant le travail qui a duré cinq jours.

Deuxième grossesse : albuminurie massive avec céphalées, vomissements, oligurie. T. A. 19-14 au Vaquez.

L'état de la femme nécessitant l'interruption immédiate de la grossesse et la délivrance par voies naturelles offrant de grosses difficultés (col fermé, long, très dur), en pratique une opération césarienne basse. Garçon de 2500, maigre, chétif, qui succombe le lendemain. Guérison de la mère. Suites opératoires normales.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

VU : *Le Doyen,*

H. ROGER.

VU : *Le Président,*

JEANNIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — *Société d'obstétrique et de gynécologie*, 244.
- AUBERT. — Opération transpéritonéale sur le segment inférieur.
Revue franç. de gyn. et d'obst., mars 1921, 129.
- BALARD. — Sur trois cas de césarienne supra-symphysaire. *Soc. d'obst. et gyn.*, Bordeaux, novembre 1923. *Revue franç. de gyn. et obst.*, 1930, 110.
- BECK. — *Surgery gyn. and obst.*, 1921, xxxiii.
- BEUTTNER. — Technique de l'opération césarienne transpéritonéale. *Revue franç. gyn. et obst.*, janvier 1923.
- BRINDEAU. — Quelques réflexions à propos de la césarienne nupubienne. *Soc. d'obst. et gyn.*, Paris, 1922.
Soc. d'obst. et gyn., 1925, 162.
Presse médicale, 1926, 305.
Journal médical français, janvier 1930.
- BUESZAN. — *Thèse*, Paris, 1928, n° 196.
- BURGER. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1927, 283. — *Gyn. et obst.*, 1928, 339.
- CATHALA. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1926, 37.
- COUVELAIRE. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1925, 647.
- DESIOUBRY. — Les interventions chirurgicales dans le traitement

- du placenta fœœvia. — *Thèse*, Paris, 1925.
- FRUNHISOLTZ. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1927, 115-177.
- GRIMAUT. — *Société d'obst. et gyn.*, 1927, 321.
- GROSSE. — Sur l'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. *Revue française de gynécologie et d'obst.*, mars 1927.
L'opération césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. — *Gazette médicale de Nantes*, août 1927.
Les résultats de l'opération césarienne basse. — *Gazette méd. de Nantes*, 15 nov. 1929.
- GUEIGNOT. — La césarienne transpéritonéale basse supra-symphysaire. — *Bulletin médical*, 17 mai 1930.
- GREENHILL. — Opération césarienne basse pour œdème vulvaire. — *Gyn. et obst.*, 1927, 150.
- JEANNIN. — *Obstétrique* 1909, page 545.
- LAFFONT. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1927, 209. — *Soc. d'obst. et gyn. d'Alger*, déc. 1922.
- LANTUGAUF. — Faut-il étendre les indications de la césarienne basse ? — *Gyn. et obst.*, 1926, 353-456.
- LEE. — Des nouvelles techniques de l'O. C. — *J. Amar. méd. assoc.*, 1919.
- LE LORIER. — L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes. — *L'Obstétrique*, 1911, 893. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1926, 360.
- LEROUX (GROSSE et...). — Sur l'opération césarienne transpéri-

tonéale supra-symph. — *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, mars 1927.

MARASSI. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale. — *Thèse*, Paris, 1925.

PORTES. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1926, 274.

REEB. — Dystocie provoquée par un fibrome intersticiel du segment inférieur ; section césarienne basse. — *Soc. d'obst. et gyn. de Strasbourg*, 1922, n° 5.

Contribution à l'étude de la césarienne basse. — *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, avril 1923.

TRILLAT. — *Réunion obst. et gyn. de Lyon*, 1924. — *Soc. d'obst. et gyn.*, 1926, 321.

VIANA. — Statistique de l'O. C. haute. — *Gyn. et obst.*, 1926, 60.

WETTERWALD. — La rupture utérine dans l'opération césarienne basse. — *Gyn. et obst.*, 1927, 151.

